



LÚES COMO CAUSA DE HEPATITIS COLESTÁSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

S Bauer Silvero¹, RA Gomez¹, JL García¹, SE Echazarreta^{1,2}, S Paz³, TA Orduna²

¹ Residencia de Infectología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. ² Servicio de Patologías Regionales y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), Hospital F. J. Muñiz, Argentina. ³ Hepatopatías Infecciosas, Hospital F. J. Muñiz, Argentina.

INTRODUCCIÓN

Es conocida la gran variedad de presentaciones clínicas de la sífilis dentro del curso evolutivo de la enfermedad. El compromiso hepático con manifestaciones clínicas de colestasis tiene baja incidencia, y por ende un bajo índice de sospecha.

Presentamos un caso de hepatitis colestásica de etiología luética.

CASO CLÍNICO

Mujer de 23 años que consultó por fiebre, exantema maculopapular en miembros superiores e inferiores, e ictericia de un mes de evolución. Cuatro meses antes había presentado lesión ulcerada no dolorosa en cavidad oral y adenopatías cervicales. La evolución del laboratorio se muestra en la Tabla 1.

La ecografía abdominal evidenció hepatoesplenomegalia homogénea con vía biliar intra y extrahepática no dilatadas.

Las serologías para HIV, HAV, HBV, CMV, VEB, carga viral de HVC y perfil de autoinmunidad hepática resultaron negativos. Se realizó VDRL con un título de 256 dils. Completó tratamiento con 3 dosis de penicilina G benzatínica, con buena evolución y descenso de título de VDRL a 2 dils al quinto mes de seguimiento.

	28/06	05/07	13/07	22/07	08/08	14/12
BT(mg/dl)	8,4	13	14	5,6	1,9	No icterico
BD(mg/dl)	5,6	5,8	9	4,1	1,6	No icterico
TGO(UI/L)	190	1169	2191	827	57	6
TGP(UI/L)	274	1417	1386	277	110	7
FAL(UI/L)	135	684		492	255	149

Tabla 1 – Parámetros de laboratorio

DISCUSIÓN

La incidencia de sífilis ha aumentado en los últimos años. El compromiso hepático por sífilis ocurre en menos del 1% de los casos en la fase secundaria o terciaria, siendo una entidad potencialmente grave.

El patrón de afectación suele ser colestásico, aunque también se describe daño hepatocelular o mixto, habitualmente sin manifestación clínica. En el caso presentado, cabe destacar el valor francamente elevado de bilirrubina, hallazgo poco habitual.

El diagnóstico puede realizarse por métodos serológicos. Las lesiones mucocutáneas pueden orientar la sospecha clínica. La histopatología no es imprescindible.

El tratamiento no difiere del habitual para sífilis.

Conclusión: En el escenario actual de aumento de incidencia de sífilis remarcamos la importancia de la sospecha clínica ante formas de presentación poco frecuentes como la hepatitis colestásica, principalmente en pacientes sexualmente activos.